1er AOUT 1897 NUMÉRO 94

Grossesse
Accouchement
Post-Partum
Nouveau-né
Premier-âge

Paraît le 1er, le 11 et le 21 de chaque mois

Les Abonnements sont annuels et partent du 1er Janvier.

(TROISIÈME ANNÉE)

25 Centimes le Numéro
ABONNEMENTS
France : 6 fr.
Etranger : 9 fr.

REVUE OBSTÉTRICALE INTERNATIONALE

GAZETTE DES PRATICIENS ET DES SAGES-FEMMES

FONDÉE ET DIRIGÉE PAR LE PROFESSEUR CROUZAT

RÉDACTEUR EN CHEF : LE Dr DEMELIN

Tout ce qui concerne la *Revue* doit être adressé *franco* au Professeur CROUZAT, Rue du Sénéchal, 9, Toulouse.
A Paris, s'adresser : pour la Rédaction, au Dr DEMELIN, 49, rue de Rome.
Pour la Vente au N° et les Abonnements, à M. MALOINE, Editeur, 91, Bd St-Germain.

QUE FAUT-IL PENSER DE LA SYMPHYSÉOTOMIE?

Par le Docteur F. IZAC

Sous ce titre, vient de paraître un travail renfermant pas mal de documents inédits. L'auteur s'est adressé à un grand nombre d'Accoucheurs et leur a demandé leur opinion, d'où il résulte que si tous, en principe, reconnaissent la symphyséotomie pour une bonne opération, il en est peu qui en aient fait une série sans avoir des accidents immédiats ou tardifs plus ou moins sérieux ou durables.

M. Izac débute ainsi :

Destiné à exercer la médecine à la campagne, c'est-à-dire à être tour à tour médecin, chirurgien et accoucheur, nous avons consacré les derniers mois de nos études à prévoir les différents cas d'urgence pour lesquels nous pourrons être appelé. Certaines circonstances nous faisant un devoir de nous occuper d'Obstétrique, c'est vers cette branche des sciences médicales que nous avons surtout dirigé nos efforts.

Grâce à l'enthousiasme dont elle paraît jouir en ce moment, la symphyséotomie nous avait attiré vers elle. Nous nous étions posé la question suivante : « Le médecin de campagne peut-il faire la symphyséotomie ? »

Notre réponse fut une affirmation sans réserves. Une deuxième

history-of-obgyn.com

question suivit aussitôt : « Le médecin de campagne doit-il faire la symphyséotomie ? » Et, sans être aussi catégorique, nous répondions également par l'affirmative.

Ce travail était déjà commencé, lorsque nous eûmes l'idée d'en soumettre le projet à M. le professeur Crouzat. Notre Maître nous parut beaucoup plus réservé et nous conseilla, au lieu de trancher la question avec nos propres ressources, de nous adresser à un certain nombre d'Accoucheurs qui, par leur situation scientifique et les documents personnels dont ils disposaient, pouvaient nous être d'un grand secours et donner à notre travail l'appui de leur grande autorité.

Donc, le sujet de notre travail était le suivant : le médecin de campagne peut-il et doit-il pratiquer la symphyséotomie ?

Pour répondre à cette question, nous comptions nous appuyer sur tous les cas de symphyséotomie pratiqués en dehors des Services d'accouchements ; étudier dans quelles conditions ils s'étaient produits, quels en avaient été les résultats, etc.

Malgré de longues et minutieuses recherches, nous n'avons pu réunir que SIX CAS en France.

Voilà certes un point important à retenir : *6 cas* seulement en dehors des Hôpitaux ! Donc, la symphyséotomie ne paraît pas avoir beaucoup d'indications en ville. M. le Professeur Pinard et M. Varnier, les deux protagonistes de cette opération, ne l'ont pas pratiqué une seule fois en clientèle.

D'ailleurs en province les Symphyséotomistes *latents* n'ont pas plus souvent l'occasion d'essayer leur « faucille ». Nous en connaissons qui, depuis cinq ans, armés de pied en cap, c'est-à-dire ayant un outillage aussi perfectionné que possible, attendent patiemment, je veux dire avec impatience, que le cas de l'*indication forcée* se produise.

Espérons qu'ils attendront longtemps.

Voici du reste un chapitre intéressant du travail de M. Izac.

LA SYMPHYSÉOTOMIE A LA CAMPAGNE

Jusqu'ici, nous avons étudié la symphyséotomie à l'Hôpital, dans les Cliniques de nos Maîtres. Voyons maintenant ce qu'elle deviendra à la campagne, entre les mains de modestes Praticiens.

Nous éliminerons d'emblée les cas où ce dernier, prévenu par un accouchement antérieur, ou ayant examiné la femme durant sa

history-of-obgyn.com

grossesse, aura pu la suivre de près, tout en la préparant et en se préparant lui-même à l'opération, car alors les conditions se rapprocheront le plus possible de ce qui se passe dans les milieux hospitaliers.

Malheureusement, les femmes de notre région redoutent beaucoup un examen médical et ne s'y prêtent qu'à la dernière extrémité.

Nous pouvons citer le fait typique que voici : un Médecin, appelé dans la montagne auprès d'une vieille femme chez laquelle il crut devoir pratiquer le toucher vaginal, fut pour cela hué à la sortie du village dans des termes qu'il ne nous est pas possible de reproduire !...

Voici quelles sont les conditions habituelles de la pratique. On est appelé quelquefois au milieu de la nuit et de fort loin auprès d'une femme totalement inconnue. On apprend que la parturiente a commencé de souffrir depuis, deux, trois, quatre jours, et que devant la fréquence et l'intensité de ses douleurs, elle a mandé une sage-femme. Celle-ci examine sa cliente, attend un certain temps et voyant les choses traîner en longueur, réclame le secours du médecin.

Il est à peu près sûr que le sujet présente à ce moment-là de la température sinon de l'infection. Que faire? Le Professeur Guillemet cite bien le cas d'une femme ayant une température de 38° avec tous les signes d'une grippe, sur laquelle il n'hésita pas à pratiquer la section des pubis. Le Praticien hésitera, ce nous semble, devant la quasi-certitude de l'infection. A la campagne, en effet, les règles de l'hygiène sont fort peu suivies, les soins de propreté corporelle à l'état rudimentaire et c'est chose curieuse de voir l'étonnement de certaines femmes, venant pour accoucher à la Clinique, lorsqu'on leur donne leur première injection vaginale.

Admettons que l'on arrive à faire l'antisepsie et que l'on se décide à opérer. Trois aides sont indispensables, dont deux destinés à tenir les cuisses. Il est à craindre, si on les choisit dans l'entourage, de voir survenir un accident analogue à celui qui se produisit dans le cours de la symphyséotomie pratiquée à la Clinique obstétricale de Toulouse; les aides, étudiants en médecine, écartèrent les pubis d'environ 10 centimètres.

Quant à l'aide chargé de l'anesthésie, il devra forcément appartenir à la profession médicale; un temps assez long sera nécessaire pour le faire appeler. Que deviendra le fœtus durant cette période,

history-of-obgyn.com

surtout si la poche des eaux est rompue? Pourra-t-il résister et sera-t-on certain d'obtenir un enfant vivant, but suprême de la symphyséotomie, à moins qu'avec le Professeur Queirel on admette cette opération même dans le cas de mort du fœtus.

Et puis, l'opération elle-même peut réserver quelques surprises désagréables à un opérateur peu familiarisé avec ce genre d'interventions. Sa main, peu habituée aux instruments, ayant perdu la souplesse qu'avaient pu lui donner les exercices de médecine opératoire, pourra le conduire en dehors de l'interligne, d'où perte de temps, hésitations, tâtonnements, au grand détriment de l'enfant et peut-être de l'antisepsie.

L'hémorragie, à moins qu'elle ne soit trop forte, sera certainement arrêtée par les moyens habituels, mais il sera moins facile de réparer une large brèche de la paroi vaginale, une fistule uréthrale, une déchirure de la vessie, parfois même de l'utérus.

La symphyséotomie une fois faite et bien faite, les sutures terminées, le pansement appliqué, il s'agit d'immobiliser le bassin. A la campagne, pas d'appareils; le hamac de Tarnier, celui de Lefour, la ceinture de Guéniot, l'appareil de Martin ou de Pinard, sont réservés aux centres hospitaliers. On pourrait peut-être avoir recours à l'appareil plâtré.

Devons-nous nous contenter d'une serviette ou d'un bandage de corps soigneusement appliqué, en recommandant à la femme l'immobilité absolue? Pouvons-nous être sûr de l'obtenir? Nous avons vu citer des cas de femmes qui, voulant voir ce « qu'on leur avait fait », ont porté leurs mains dans la région génitale, se sont, dès les premiers jours, tournées et retournées dans leur lit. Une, entre autres, s'est levée le troisième jour; son incartade n'a pas eu de suites fâcheuses, il est vrai, mais ce n'est pas moins un exemple dangereux à imiter.

Reste la question des suites de couches. La femme aura, à coup sûr, de l'incontinence d'urine; il sera impossible au médecin de venir pratiquer lui-même le cathétérisme aseptique. Qui chargera-t-il de ce soin? La sage-femme? Elle offre peu de garanties, semble-t-il, puisque l'on voit encore tant d'accidents septiques, dans des accouchements normaux. La famille? si l'on se rappelle le cas de Drappier, dans lequel un maréchal-ferrant communiqua le tétanos à sa femme, on n'y songera assurément pas.

history-of-obgyn.com

Ces complications de la symphyséotomie, — nous en avons vu des exemples dans un certain nombre des observations que nous avons parcourues, — dans le milieu qui les a vu naître, avec toutes les garanties de la science et de l'antisepsie les plus parfaites, leur bénignité est grande. A la campagne, elles prennent de suite une gravité exceptionnelle, surtout l'infection, tout le monde étant parfaitement d'accord sur ce point : la symphyséotomie sera aseptique où elle ne sera pas.

Nous avons trouvé, disions-nous, au début de notre travail, six observations dans lesquelles la symphyséotomie avait été pratiquée en dehors des Services hospitaliers. Ce sont les cas : de Bourdeau d'Antony, de Pruvost (de Raismes), de Lepage, de Toujan, de Wallich, de Savornin.

La première, celle du Dr Bourdeau d'Antony, fut accidentée par une hémorragie assez abondante, qui se reproduisit durant l'extraction d'une phlébite du membre inférieur et d'une violente douleur à la région sacrée, avec escharre commençante. Une cystite suivit due très probablement au cathétérisme.

Le Dr Pruvost (de Raismes), eût également à lutter contre une hémorragie par déchirure du plexus de Santorini ; le reste de l'opération et les suites de couches furent simples.

A la séance d'avril 1893 de la Société obstétricale de France, le Dr Lepage a présenté une observation de symphyséotomie, pratiquée en ville, sans autre accident qu'une légère cystite.

Cette observation, citée comme exemple que l'on doit faire couramment la symphyséotomie à la campagne, ne nous paraît nullement probante. D'abord, la situation obstétricale de l'opérateur est de beaucoup au-dessus de celle du vulgaire Praticien ; le 15 juillet une consultation eût lieu entre les Drs Lepage, Monot et L..., qui avait vu la malade au début de sa grossesse ; enfin, avant d'opérer, le Dr Lepage put « converser une demi-heure » avec le Dr Pinard, qui lui conseilla : « 1° de pratiquer la symphyséotomie ; 2° de se faire assister par le Dr Potocki ». De plus, la sage-femme avait été choisie par M. Lepage parmi le personnel d'élite dont il dispose.

Qui pourra croire que ces conditions sont celles de la pratique à la campagne? Tous les médecins opèreront-ils avec un pareil entourage ? Auront-ils déjà pratiqué la symphyséotomie dans le Service

history-of-obgyn.com

où elle fut rénovée? Nous ne pourrons malheureusement, nous, au moment décisif, compter sur l'appui de notre Maître, et nous serons livré à nos propres forces pour assumer la responsabilité de l'accouchement? Nous en dirons autant du cas de M. Wallich, qui « a fait deux fois par jour le pansement de la plaie ».

Pas plus que ceux de MM. les Drs Lepage et Wallich, celui du Dr Toujan ne rentre dans le cadre où on avait voulu le placer. D'abord, M. Toujan est un chirurgien doublé d'un accoucheur; son arsenal obstétrical qu'il nous a montré, ne le cède en rien à celui des plus grandes Cliniques; de plus, M. Toujan, médecin accoucheur de l'assistance publique de Toulouse, est habitué aux interventions. En 4 ans, il a appliqué 116 fois le forceps, pratiqué 44 versions et fait 94 curages utérins soit 254 opérations!... (1).

Des longues conversations que nous avons eues, il résulte que, décidé à faire une symphyséotomie, il avait suivi la femme de très près, l'avait examinée et mensurée à loisir, dans son cabinet, qu'il connaissait parfaitement sa malade, sur laquelle il avait déjà fait une basiotripsie, il se trouvait donc à peu près dans les mêmes conditions que dans un Service hospitalier, puisque aides, instruments, etc., tout était préparé pour le moment voulu.

Pour nous, faisons abstraction des observations de MM. Bourdeau d'Antony et Pruvost, de Raismes, sur lesquelles nous ne sommes pas suffisamment édifiés; celles de MM. Lepage et Toujan ne démontrent point que la symphyséotomie soit une opération réellement à la portée de n'importe quel praticien. Ce sont des cas qu'on doit plutôt ranger parmi les opérations de Clinique ou de Maternité. Et, sûrement, les deux Praticiens, qui après une tentative de forceps, envoyèrent leur malade à Nantes, où elle fut opérée après dix-huit lieues de chemin, partagèrent notre opinion que la symphyséotomie n'est pas une opération facile à pratiquer à la campagne.

Qu'on nous permette, à ce propos, de citer un passage d'une leçon de M. le professeur Crouzat.

« J'ai entendu dire que sur les murs de l'amphithéâtre Baudelocque étaient affichés des aphorismes et que, notamment, on y lisait le suivant : **L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu!**

(1) Toujan. *De l'organ. d'un service obstétrical*, 1894, p. 1884.

history-of-obgyn.com

Certes, les intentions de M. Pinard sont louables, mais qu'il y a loin de la théorie à la pratique !

Je vais vous en donner un exemple :

En décembre dernier, au milieu de la nuit, on est venu me chercher de la part d'un de mes anciens Elèves qui m'appelait à son secours. Après un peu plus de vingt kilomètres, sur des routes absolument gelées, je suis arrivé à une métairie ; dans la pièce principale, servant de cuisine et de chambre, éclairée surtout par le foyer, se trouvaient cinq ou six femmes ; au fond, dans une demi-obscurité, un lit d'où sortaient des plaintes continues. Je m'approche et, distinguant vaguement un bras, je le prends, cherchant le pouls ; un être se dresse et je vois qu'il était porteur d'une paire de moustaches ; je tenais le bras du mari qui reposait à côté de la parturiente !... Je vous demande pardon d'entrer dans ces détails, d'ailleurs absolument vrais, mais je le fais pour montrer à nos Collègues des grands centres quelle distance il y a entre leur clientèle et la nôtre.

Quant à la femme, en travail depuis quatre jours, elle avait très chaud, un véritable subdelirium et urinait par regorgement ; son bassin mesurait environ 7 cent. 5 ; les contractions continuaient énergiques ; l'enfant était gros, mais avait succombé depuis près d'un jour.

Ce dernier point simplifiait la conduite à tenir ; je fis une basiotripsie ; tout marcha bien et la femme guérit.

Supposons maintenant que, les conditions étant identiquement les mêmes, l'enfant au lieu d'avoir succombé ait été parfaitement vivant, devais-je faire la symphyséotomie ? D'abord, en admettant que cela eût été possible (cela ne l'était pas), il eut fallu au moins 24 heures pour tout mettre dans un état d'asepsie convenable, chambre, literie et femme. Je suppose que l'opération eût bien marché, et les suites ? Une grande porte donnait dans l'écurie ; poules et canards venaient de celle-ci dans la chambre, etc. La famille, tous de braves gens mais je vous assure peu recommandables au point de vue de l'antisepsie, à elle seule était un danger certain pour l'opérée.

Et les soins à donner, et les toilettes, et le cathétérisme qui s'en serait chargé ? Mon confrère avait sa clientèle, la sage-femme la sienne ; quant à moi, je ne pouvais faire 40 kilomètres par jour pour soigner l'opérée, encore moins m'installer là.

history-of-obgyn.com

Je demande très sincèrement à M. Pinard s'il aurait pratiqué la symphyséotomie dans des conditions semblables. Moi, je n'en aurai pas eu le courage et, au risque de passer pour un de ces rétrogrades qui, *parce qu'ils ne peuvent pas faire autrement,* se décident à sacrifier l'enfant pour sauver la mère, je me serais résigné à pratiquer la basiotripsie ».

« Vous le voyez, autre chose est la pratique obstétricale à la campagne et ce que l'on peut faire dans une Clinique d'accouchements bien installée, avec un personnel stylé, instruit et plein de zèle, avec, comme gardes, des sages-femmes attentives et dévouées qui mettent leur amour-propre à parfaire la besogne du Chef de service.

En pareille occurrence, il est aisé à un Professeur, du haut de sa chaire ou du haut d'une tribune académique, de jeter l'anathème à ceux qui, moins favorisés par le milieu, *sont obligés d'agir comme ils peuvent..*

Je ne me suis jamais trouvé dans la dure nécessité de pratiquer une basiotripsie sur un enfant vivant, mais le cas échéant, ayant épuisé tous les moyens pour l'extraire viable, je ne sais pas si je ne me déciderai pas à faire la basiotripsie, plutôt que d'exposer la vie de la mère en pratiquant la symphyséotomie dans de mauvaises conditions.

Nous allons voir bientôt à l'œuvre la jeune génération instruite dans ces idées et, si elle les met en pratique, nous pouvons nous attendre à de beaux résultats. Actuellement, la plupart des Praticiens de campagne n'*osent pas* appliquer le forceps, parce qu'ils n'ont jamais su ou qu'ils ont désappris ; les audacieux le placent au hasard et..... tirent ; les accouchées, si on les examinait, pourraient seules renseigner sûrement sur les conséquences de ces interventions.

Lorsque la symphyséotomie aura envahi les campagnes, il arrivera en Obstétrique ce qui s'est produit en Chirurgie, tout le monde sera « grand opérateur » et les hécatombes se multiplieront ».

history-of-obgyn.com